


Formulario de Admisión de Psicología

Información del Paciente			
Nombres Cristian	Apellidos Anderson	Nombre Preferido	Identificador del paciente (si se conoce) MB12345
Genero Masculino	Pronombres Preferidos El/Masculino	Fecha de Nacimiento 26/04/1980	Estado Civil Casado
Domicilio 123 Calle Duran	Ciudad Alejandra	Estado Villa Dolores	Código Postal 12345
Correo electrónico "abc@gmail.com"	Número de teléfono preferido 093439485		
Contacto de Emergencia			
Nombre y Apellido Tomas Anderson	Parentesco Padre	Numero de Contacto 09254874	
Nombre y Apellido Lucia Negro	Parentesco Novia	Numero de Contacto 09634567	
Información Médica y de Salud			
Médico de cabecera Juan Verdini	Domicilio Calle Albano 123, NY, 234	Numero de contacto 09635439	
Psiquiatra Marcelo Vernengo	Domicilio Calle Colon 546, NY 435	Número de contacto 08789675	
Por favor, enumere cualquier condición médica Asma			
Por favor, enumere cualquier medicamento actual Symbicort			
Información del Seguro (si corresponde)			
Compañía de Seguros AMI	Plan de Seguro Seguro de Salud	Número de contacto 09887765	
Número de póliza SQW876555	Grupo Numero 12465	Número de Seguro Social MN3459872	
Situación laboral			
<input checked="" type="radio"/> Empleado/a <input type="radio"/> Autónomo/a <input type="radio"/> Desempleado/a <input type="radio"/> Otro _____			
Ocupación Ingeniero en Computación	Industria TI	Nombre de la empresa Lumix	
Dirección de la Empresa 123 Calle Funes	Ciudad Filadelfia	Estado Pensilvania	Código Postal 34674

Disponibilidad				
Por favor describa su disponibilidad durante toda la semana Libre los lunes – Viernes de 9 am a 11 am				
Información del Paciente				
Nombres Cristian	Apellidos Anderson	Fecha de nacimiento 26/04/1980	Género Masculino	
Personal y Familiar				
¿Cuáles su etnia?				
Europea				
¿Cuántas personas hay en su hogar?				
4				
¿Cuáles su nivel de ingresos?				
200 mil dólares anuales				
¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha completado?				
Doctorado				
¿Ha estado alguna vez hospitalizado por una enfermedad psiquiátrica?		<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	
¿Algún miembro de la familia tiene antecedentes de enfermedad mental?		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez has intentado suicidarte?		<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	
¿Algún miembro de la familia ha intentado suicidarse o se ha suicidado alguna vez?		<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	
¿Tiene problemas con el abuso de sustancias?		<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Algún miembro de la familia tiene problemas con el abuso de sustancias?		<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	
¿Alguna vez ha sido arrestado?		<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, por favor explique:				
¿Cómo le está yendo en su trabajo?				
<input type="checkbox"/> I.No funciona	<input type="checkbox"/> II.No puede Funcionar	<input type="checkbox"/> III.Problema Grave	<input checked="" type="checkbox"/> IV.Problema Leve	<input type="checkbox"/> V. No hay problema
¿Cómo le va en su matrimonio o con su pareja?				
<input type="checkbox"/> I.No funciona	<input checked="" type="checkbox"/> II.No puede Funcionar	<input type="checkbox"/> III.Problema Grave	<input type="checkbox"/> IV.Problema Leve	<input type="checkbox"/> V. No hay problema
¿Cómo le va en las relaciones con miembros de su familia?				
<input type="checkbox"/> I.No funciona	<input type="checkbox"/> II.No puede Funcionar	<input checked="" type="checkbox"/> III.Problema Grave	<input type="checkbox"/> IV.Problema Leve	<input type="checkbox"/> V. No hay problema
¿Cómo le va en las relaciones con miembros que no son de su familia?				
<input type="checkbox"/> I.No funciona	<input type="checkbox"/> II.No puede Funcionar	<input type="checkbox"/> III.Problema Grave	<input type="checkbox"/> IV.Problema Leve	<input checked="" type="checkbox"/> V. No hay problema
¿Cómo es su felicidad y bienestar en general?				
<input type="checkbox"/> I.No funciona	<input type="checkbox"/> II.No puede Funcionar	<input checked="" type="checkbox"/> III.Problema Grave	<input type="checkbox"/> IV.Problema Leve	<input type="checkbox"/> V. No hay problema
Las respuestas dadas a las preguntas anteriores son respondidas con precisión según mi mejor conocimiento. Entiendo que cualquier información inexacta puede ser peligrosa para mi salud (o la del paciente).				
Nombre del padre o Tutor (si corresponde)		Relación con el paciente (si corresponde)		

n/a	n/a
Firma del Paciente, Pariente o Tutor	Fecha
	14/12/2022